

Studie über die Patienten der Poliklinik
für Zahnerhaltung und Parodontologie
der Klinik für Zahn-, Mund- und
Kieferkrankheiten der Universität München

Hans K. Krapp

*Liss
München
1985*



Aus der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
(Direktor: Professor Dr. E. Sonnabend)

der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der
Universität München

Studie über die Patienten der Poliklinik
für Zahnerhaltung und Parodontologie der Klinik für
Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
der Universität München

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Hans K. Krapp
aus München

1985

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Professor Dr. E. Sonnabend

Mitberichterstatter:

Dekan: Professor Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 14. November 1985

Meiner Frau und meinen Kindern
Arne und Maren gewidmet

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	9
2. Fragebogen 1	10-26
2.1. Einführung, Methodik	
2.2. Auswertung Fragebogen 1	
3. Fragebogen 2	27-38
3.1. Einführung, Methodik	
3.2. Auswertung Fragebogen 2	
4. Vergleich der Ergebnisse unserer Studie mit den Ergebnissen der University of California, School of Dentistry	41-53
4.1. Vergleich und Diskussion der Ergebnisse des Fragebogens 1	
4.2. Vergleich und Diskussion der Ergebnisse des Fragebogens 2	
4.3. Zusammenfassung	
5. Mundhygienegewohnheiten unserer Patienten	55-62
6. Zusammenfassung	65
7. Literaturverzeichnis	66-67
8. Lebenslauf	69



Digitized by the Internet Archive
in 2026

1. Einleitung

Die vorliegende Studie möchte zunächst einen Überblick geben über die Patienten der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) hinsichtlich deren sozialer Struktur, ihren Erwartungen und den damit verbundenen Anforderungen an die Durchführung der zahnärztlichen Behandlung.

So wurden vor Beginn der Behandlung die Patienten direkt bei der Anmeldung befragt. Etwa 6 Monate später wurde einem Teil dieser Patienten ein zweiter Fragebogen zugesandt, in dem sie zu den während ihrer Behandlung gemachten Erfahrungen befragt wurden.

Nach Auswertung der Fragen, die zum größten Teil in Anlehnung an eine gleichartige Studie über das Patientengut der University of California, School of Dentistry, Center for the Health Sciences in Los Angeles (UCLA) gestellt waren, werden unsere Ergebnisse – soweit möglich – mit denen der UCLA verglichen und diskutiert. Es soll dabei festgestellt werden, warum Patienten die zahnärztliche Behandlung in Zahnkliniken vorzeitig abbrechen bzw. ihr für die Zukunft fernbleiben.

Die Gründe hierfür können vielfältiger Natur sein: mangelnde Organisation, schlechte Betreuung und Beratung der Patienten, ineffiziente Behandlung usw.

So fand MESKIN heraus, daß für Patienten an Zahnkliniken neben der Behandlungsqualität auch die Begleitumstände der Behandlung eine größere Rolle spielen.

KRESS, FERRARO und STIFF berichten über folgende Hauptursachen für das vorzeitige Abbrechen der Behandlung: Dauer der Behandlungssitzungen bzw. Gesamtdauer der Behandlung, lange Wartezeiten und ungenügende Aufklärung bzw. Orientierung des Patienten über die geplante Behandlung.

Es erstaunt nicht, daß STACEY, SLOME und MUSGRAVE feststellten, daß die behandelnden Studenten und das mit der Ausbildung betraute Personal sowohl den klinischen als auch den emotionalen Bedürfnissen der Patienten ihre Aufmerksamkeit widmen müssen.

2. Fragebogen 1

2.1. Einführung, Methodik

Dieser Fragebogen, der ursprünglich 17 Fragen enthielt, soll aufzeigen, wie sich das während eines Erfassungszeitraumes von ca. neun Monaten untersuchte Patientenkollektiv hinsichtlich Alters- und Geschlechterverteilung, Kassenzugehörigkeit, Schulbildung, Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppen usw. zusammensetzt.

Vor allem aber soll untersucht werden, mit welchen Erwartungen unsere Patienten die Poliklinik für Zahnerhaltung aufsuchen, warum sie zu uns kommen bzw. den Zahnarzt wechselten und wie ihre bisherigen Erfahrungen mit Zahnärzten aussehen. Sachverhalte, die den Personendaten entnommen werden konnten, wurden nicht gesondert abgefragt.

Eine Frage (Schreibt Ihnen Ihr Arbeitgeber die Ausfallzeiten wegen zahnärztlicher Behandlung gut oder müssen Sie diese nacharbeiten?) mußte nachträglich aus der Wertung genommen werden, weil offensichtlich zu wenige der befragten Arbeitnehmer über diesen für sie an sich doch wichtigen Sachverhalt ihres Arbeitsvertrages Bescheid wußten.

Alle befragten Patienten kamen entweder zum ersten Mal (dies war der überwiegende Teil) oder nach längerem behandlungsfreien Intervall in unsere Klinik.

Für die Auswertung konnten die Antworten von 553 Patienten verwendet werden, wobei von den einzelnen Antworten dieses Grundkollektivs die jeweils ungültigen Antworten subtrahiert wurden und das verbleibende Restkollektiv N zu 100 % gesetzt wurde. Dieses Kollektiv N wird – soweit möglich – in allen Tabellen bzw. Graphiken mit den UCLA-Werten des dort befragten Kollektivs von 535 Patienten verglichen.

2.2. Auswertung Fragebogen 1

Frage 1 und Personendatenauswertung:

Geschlechterverteilung
Altersschichtung

Das Grundkollektiv der 553 Patienten setzt sich wie folgt zusammen:

	n	%
weibliche Patienten	267	48,3
männliche Patienten	286	51,7

Tabelle 1

Dabei zeigt die Gesamtverteilung der Kombination Geschlecht/Alter, daß sowohl bei den weiblichen als auch den männlichen Patienten der Schwerpunkt im dritten und vierten Dezennium liegt (25,0% bzw. 28,4% des Grundkollektivs).

Dieses Ergebnis deckt sich auch mit einer von Infratest Gesundheitsforschung im November und Dezember 1982 im Auftrag des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte durchgeführten repräsentativen Umfrage bei 2000 Personen über 14 Jahren.

Demnach wird das stärkste Interesse an der Zahnerhaltung von Personen im Alter bis zu 40 Jahren geäußert.



Kassenzugehörigkeit:

Das untersuchte Patientenkollektiv weist folgende Verteilung auf:

N = 553 Patienten			n	%
RVO-Kassen = Reichsversicherungs- ordnungs-Kassen	AOK	181	239	43,1
	BKK	45		
	IKK	13		
VdAK-Kassen = Verband der Angestellten- Krankenkassen	DAK	80	205	37,1
	BEK	87		
	TKK	24		
	KKH	14		
AEV-Kassen = Arbeiter-Ersatzkassen-Verband	GEK	8	8	1,5
Privatversicherte			101	18,3

Tabelle 2

Anteil der Ausländer:

Der Ausländeranteil des Patientenkollektivs beträgt – entgegen unseren Erwartungen – nur knapp zwei Prozent, das sind 11 Patienten.

Dabei ist keine eindeutige Majorität einer Nation feststellbar.

Wir hatten z.B. den Fragebogen in türkischer Sprache bereitgehalten, konnten ihn aber nur zweimal verwenden.

Frage 2: Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

Die Auswertung ergibt, daß ein Drittel des Patientenkollektivs der Berufsgruppe Angestellte angehört. Die Gesamtverteilung stellt sich wie folgt dar:

N = 553 Patienten	n	%	Bemerkungen
Angestellte	186	33,6	
Schüler/Studenten	122	22,1	Schüler 6,7 % (37) Studenten 15,4 % (85)
Arbeiter	63	11,4	
Hausfrau	49	8,9	
Beamte	44	8,0	
Selbständige	34	6,1	
Sonstige	29	5,2	Arbeitslose, nicht schulpflichtige Kinder, Azubis
Rentner	26	4,7	

Tabelle 3

Der hohe Anteil an Studenten (15,4 %) setzt sich nur zu 5,9 % aus Studenten unserer Klinik und zu 94,1 % aus Studenten anderer Fachrichtungen zusammen. Allerdings muß gesagt werden, daß viele der fachrichtungsfremden Studenten aufgrund persönlicher Bekanntschaft mit ihrem jeweiligen Behandler zu uns in die Klinik kommen.

Frage 3: Welchen Schulabschluß besitzen Sie?

N = 515 Patienten	n	%	Bemerkungen
Hauptschulabschluß	151	29,3	
Mittlere Reife Fachschulreife	144	28,0	
Abitur/ Fachhochschulreife	123	23,9	
Hochschulstudium	63	12,2	
keinen Abschluß	34	6,6	davon 18 noch Schüler(in)

Tabelle 4

Bei der Zuordnung wurde immer der höhere Abschluß bewertet.

Studenten, die Hochschulstudium angekreuzt hatten, wurden in die Gruppe Abitur/Fachhochschulreife eingeordnet, da ja nach dem Kriterium Abschluß gefragt war.

Nicht schulpflichtige Kinder (n = 10) blieben unberücksichtigt.

Die Auswertung ergab weiterhin, daß von den 123 Patienten mit Abschluß Abitur/Fachhochschulreife 78 Patienten studieren (das sind 63,4 %), während es bei der Gruppe mit Abschluß Mittlere Reife/Fachschulreife nur 3 Patienten sind (2,1 %).

Frage 4: Wie weit wohnen Sie von der Zahnklinik München entfernt?

N = 546 Patienten	LMU		UCLA
	n	%	%
weniger als 3 km	78	14,3	16,2
3 bis 10 km	240	43,9	38,0
10 bis 20 km	109	20,0	24,8
mehr als 20 km	119	21,8	21,0

Tabelle 5

Von den 119 Patienten, die mehr als 20 km entfernt wohnen, befanden sich 7 Patienten (= 1,3 %) auf der Durchreise.

Der Vergleich unserer Werte mit denen der UCLA zeigt nur geringe Unterschiede.

Auf eine Umrechnung der im UCLA-Fragebogen verwendeten Entfernungsangaben mit der Benennung „miles“ wurde ganz bewußt verzichtet, weil wir davon ausgingen, daß das Verhältnis der amerikanischen Patienten zur Entfernungsgröße 1 Meile mit dem unserer Patienten zur Größenangabe 1 Kilometer gleichgesetzt werden kann.

Frage 5: Wie haben Sie die Zahnklinik erreicht?

N = 545 Patienten	LMU		UCLA
	n	%	%
mit öffentlichen Verkehrsmitteln	319	58,5	19,0
mit dem eigenen Kraftfahrzeug	142	26,0	61,8
jemand hat mich gebracht	36	6,6	11,9
zu Fuß	34	6,3	7,3
mit dem Fahrrad bzw. Mofa	14	2,6	nicht gefragt

Tabelle 6

Die erzielten Ergebnisse spiegeln deutlich die unterschiedlichen Verkehrssituationen zwischen Los Angeles und München wider.

Aufgrund der im Vergleich zu München schlechten Verkehrsanbindung der UCLA (Randlage der Universität, mangelhafte Versorgungslage mit öffentlichen Verkehrsmitteln) sind dort die Patienten verstärkt gezwungen, entweder mit dem eigenen Kraftfahrzeug zu fahren oder sich zumindest dorthin bringen zu lassen.

Frage 6: Waren Sie bereits früher Patient der Zahnklinik München?

86,5 % der befragten Patienten geben an, daß sie zum ersten Mal in unsere Klinik zur Behandlung gekommen sind. Dieser hohe Anteil ist wohl unter anderem damit zu erklären, daß vielen der Patienten die langen Voranmeldungszeiten bei den niedergelassenen Zahnärzten nicht zusagen.

Viele Patienten dieser Gruppe waren erst seit kurzem nach München gezogen und hatten deshalb noch keinen „eigenen“ Zahnarzt.

Nicht unerheblich für das Zustandekommen des hohen Prozentwertes ist der große Anteil an Patienten, die mit ihrem Zahnarzt unzufrieden waren (37,3 %) oder kein Vertrauen mehr hatten (27,9 %) und die deshalb zu uns kamen (vgl. Auswertung Frage 14, Seite 25).

N = 497 Patienten	n	%	
Ich bin heute zum ersten Mal in der Zahnklinik	430	86,6	
Ich wurde früher nur von meinem Zahnarzt behandelt, seit...*) gehe ich nur noch in die Zahnklinik	50	10,0	*) siehe Tabelle 8
Ich bin bisher ausschließlich in der Zahnklinik behandelt worden	17	3,4	

Tabelle 7

Die Einteilung der Patienten, die seit längerem zu uns kommen, ergibt folgendes Bild:

In die Zahnklinik gehen ausschließlich	n	%
seit 1 Jahr	24	4,8
seit 2 Jahren	5	1,0
seit 3 bis 5 Jahren	10	2,0
seit mehr als 5 Jahren	11	2,2

Tabelle 8

Frage 7: Inwieweit sind Sie mit Ihren momentanen Zahnproblemen vertraut?

N = 483 Patienten	LMU		UCLA
	n	%	%
Ich habe keine Probleme komme zur Routineuntersuchung	27	5,6	24,2
Ich kenne zwar meine Probleme, bin aber über die Art der Behandlung nicht informiert	261	54,0	20,1
Ich kenne meine Probleme und bin mit der vorgeschriebenen Behandlung vertraut	195	40,4	55,7

Tabelle 9

Der große Anteil an Patienten, die zwar ihre Zahnprobleme kennen, mit der Art der Behandlung jedoch nicht vertraut sind, beweist wie wichtig die umfassende Aufklärung des Patienten über die Dauer und die Art bzw. Arten der Behandlung – also auch über andere Behandlungsmöglichkeiten – **vor** Behandlungsbeginn ist !

Der ebenfalls hohe Prozentsatz an Patienten, die – ihrer Meinung nach – mit der vorgeschriebenen Behandlung vertraut sind, zeigt, daß die Aufklärungspflicht des Zahnarztes nicht hoch genug eingeschätzt werden kann – nicht nur aus forensischen Gründen.

Wird doch gerade durch eine umfassende Aufklärung das Patient-Arztverhältnis auf eine solide Vertrauensbasis gesetzt. Oft genug gilt es auch, das in den Medien angeeignete Patientenwissen und die daraus resultierenden Forderungen der Patienten nach einer bestimmten Behandlungsart in die richtigen Bahnen zu lenken.

Frage 8: Sofern es notwendig ist, wie oft wären Sie bereit, zu unserer Behandlung zu kommen?

N = 455 Patienten	LMU		UCLA
	n	%	%
2 x	87	19,1	19,8
3-5 x	119	26,2	36,7
5-10 x	72	15,8	25,1
> 10 x	177	38,9	18,4

Tabelle 10

Bei der Auswertung erstaunt die Tatsache, daß über ein Drittel der befragten Patienten bereit wäre, mehr als 10 mal zur Behandlung zu kommen.

Dies läßt die Vermutung zu, daß viele Patienten an einer umfassenden Zahnbehandlung interessiert sind – aufgrund der langen Voranmeldezeiten bei den niedergelassenen Kollegen jedoch resignieren.

(vgl. Auswertung Fragen 10 und 14, Seite 20 bzw. Seite 25).

Es sollte allerdings nicht vergessen werden, daß ein sicher nicht unerheblicher Teil dieser Patienten erhöhte Behandlungsbereitschaft vorgibt, um damit bislang Versäumtes hinsichtlich der Prophylaxe von Zahnkrankheiten (z. B. regelmäßiger Zahnarztbesuch) zu kompensieren.

Frage 9: Wie lange sollte Ihrer Meinung nach eine Behandlungssitzung dauern?

N = 534 Patienten	LMU		UCLA
	n	%	%
< 1 Stunde		81,5	24,7
< 2 Stunden		16,0	52,4
< 3 Stunden		2,5	18,2
> 3 Stunden	nicht gefr.		4,7

Tabelle 11

Die auffallend hohe Quote von 81,5% unserer Patienten, die die Dauer einer Behandlungssitzung bis zu einer Stunde als Optimum ansehen, zeugt von der großen Erwartungshaltung, mit der diese Patienten unsere Klinik aufsuchen.

Da die Behandlung meistens jedoch durch Studenten erfolgt, ist in der Regel eine Diskrepanz zwischen den Vorstellungen der Patienten und tatsächlicher Dauer der Behandlungssitzung gegeben. Dies führt in einigen Fällen sicher dazu, daß seitens des Patienten eine Behandlung vorzeitig abgebrochen wird.

Da die Arbeitsgeschwindigkeit der auszubildenden Studenten nur unwesentlich erhöht werden kann – es sei denn, man wäre bereit, die gestellten Qualitätsansprüche bewußt zu vernachlässigen –, erwächst für alle mit der Ausbildung Betrauten hieraus die Forderung, während der Behandlung jede unnötige Verzögerung (= Verlustzeit für den Patienten) zu vermeiden. Insbesondere auch die momentane Situation auf dem Arbeitsmarkt, die vielen Patienten ein längeres Fernbleiben von der Arbeitsstelle – und dies unter Umständen mehrmals im Laufe einer Zahnbehandlung – nahezu unmöglich macht, verdeutlicht die Wichtigkeit dieser Forderung hinsichtlich der Sicherstellung des für alle Studenten nötigen Patientenaufkommens.

Frage 10: Wie lange wären Sie bereit, bis zum Behandlungsbeginn zu warten?

N = 465 Patienten	LMU		UCLA
	n	%	%
1 Woche	282	60,6	36,0
2 bis 4 Wochen	156	33,6	41,9
2 Monate	19	4,1	17,5
3 Monate oder mehr	8	1,7	4,6

Tabelle 12

Der überwiegende Teil des befragten Patientenkollektivs hält eine Wartezeit von einer Woche zwischen Anmeldung zur Behandlung und Behandlungsbeginn für vertretbar, während ein Drittel der Patienten Wartezeiten bis zu vier Wochen hinnehmen würde.

Interessant ist hierbei der Vergleich mit Frage 3 unseres zweiten Fragebogens, wonach 82,7 % der Patienten angeben, daß die tatsächliche Wartezeit ihren Erwartungen entsprach oder kürzer als erwartet war.

Frage 11: Von wem erwarten Sie behandelt zu werden?

N = 535 Patienten		LMU		UCLA
		n	%	%
Erfahrener Assistenzarzt	(1)	398	74,4	15,2
Student unter Aufsicht durch einen Assistenzarzt	(2)	113	21,1	80,0
sowohl als auch		24	4,5	nicht gefragt
Student ohne Beaufsichtigung		nicht gefragt		4,8

Tabelle 13

Die konträre Verteilung der Quoten 1 und 2 zwischen unseren Patienten und denen der UCLA spiegelt die unterschiedlichen Behandlungssituationen beider Kliniken wider.

Während an der UCLA fast ausschließlich durch Studenten behandelt wird (und sich die amerik. Patienten offensichtlich mit dieser Situation vertraut gemacht haben), zeigt die Erwartungshaltung unserer Patienten eindeutig den Schwerpunkt bei der Behandlung durch den Assistenz Zahnarzt.

Bei der Antwortenverteilung kommt sicher auch die unterschiedliche Sozialversicherungssituation beider Staaten zum Ausdruck.

Während in den USA der Patient meist als Selbstzahler ohne Krankenversicherungsschutz auftritt und allein schon wegen der geringeren Behandlungskosten der an der UCLA gegebenen Behandlungssituation offener entgegen treten dürfte, neigen unsere Patienten mit ihrem vom Versicherungsträger garantierten Anspruch dazu, für ihre gezahlten Beiträge auch das – ihrer Meinung nach – Beste zu fordern.

Frage 12: Warum gehen Sie mit Ihren Zahnproblemen in die Zahnklinik?

Bei der Auswertung dieser Frage waren Mehrfachantworten zugelassen. Ausgewertet wurden 509 Fragebögen.

Dabei zeigte sich, daß über ein Drittel der Patienten – nämlich 36,7 % – zu uns kam, weil ihr Zahnarzt z. Zt. nicht da war. Sicher spielt bei diesem Wert eine Rolle, daß unsere Fragebogenaktion zum Teil während der Urlaubsmonate Juli – September lief.

27,9 % der Patienten kamen, weil ihrer Meinung nach in der Zahnklinik die neuesten und besten Behandlungsmethoden angewandt werden und 28,3 % der Patienten bewog die Tatsache, daß alle Fachrichtungen der Zahnmedizin in einem Hause vereint sind, zu deren Besuch.

Alleine aus diesen beiden Werten ist ersichtlich, wie wichtig die Zusammenarbeit der einzelnen Polikliniken unseres Hauses einzuschätzen ist. Insbesondere der organisatorische Ablauf bei Überweisung der Patienten in die anderen Polikliniken der Zahnklinik und der Informationsfluß zwischen denselben sind immer wieder auf Verbesserungsmöglichkeiten hin zu untersuchen.

21,2 % der befragten Patienten kamen wegen der hohen qualitativen Behandlung.

Beachtung verdient auch, daß 10 % der Patienten von ihrem Zahnarzt überwiesen wurden. Hierbei muß jedoch davon ausgegangen werden, daß die Überweisung zunächst an die Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten erfolgte und von dort aus eine Weiterüberweisung der Patienten an uns zur Durchführung konservierender Behandlungsmaßnahmen (z.B. Wurzelbehandlung vor geplanter Wurzelspitzenresektion) erfolgte.

N = 509 Patienten	LMU		UCLA
	n	%	%
wegen der hohen qualitativen Behandlung	108	21,2	46,6
keine oder geringere Kosten bei Behandlung durch Studenten	34	6,7	65,8
wegen der günstigen Lage	50	9,8	20,7
guter Ruf der Zahnklinik	101	19,8	39,5
weil die neuesten und besten Behandlungs- methoden angewandt werden	142	27,9	36,4
weil mein Zahnarzt z. Zt. nicht da ist	187	36,7	
weil ich von meinem Zahnarzt überwiesen wurde	51	10,0	
kürzere Voranmeldungszeiten	90	17,7	
kürzere Wartezeiten (= Zeit von Ankunft bis Behandlungsbeginn)	42	8,3	
Behandler hat mehr Zeit für mich und meine Probleme	62	12,2	
Behandler erklärt mir Sinn und Zweck der Behandlung	72	14,1	
weil alle Fachrichtungen der Zahnmedizin in einem Haus vereint sind	144	28,3	

nicht gefragt

Tabelle 14

Anmerkung: Mehrfachantworten waren zugelassen.

Frage 13: Wie oft gehen Sie zum Zahnarzt?

N = 528 Patienten	LMU		UCLA
	n	%	%
min. alle sechs Monate	182 A	34,5	16,3
einmal im Jahr	167 B	31,6	25,5
alle zwei Jahre	20 C	3,8	12,5
nur wenn ich Zahn- probleme habe	159 D	30,1	45,7

Tabelle 15

Inwieweit die Aussagen der beiden Kollektive A und B hinsichtlich ihres Wahrheitsgehaltes einzuschätzen sind, kann nicht beurteilt werden, da 86,5 % der Befragten Patienten zum ersten Male zu uns kamen und somit keinerlei Unterlagen über frühere Behandlungstermine vorliegen.

Aus der persönlichen Erfahrung mit unseren Patienten heraus meinen wir jedoch, daß zumindest der Wert des Kollektives A zu hoch liegt, demzufolge jeder Dritte des befragten Kollektives mindestens alle sechs Monate zum Zahnarzt gehen würde!

Das würde bedeuten, daß die Werte der Kollektive C und D dementsprechend zu niedrig liegen.

Frage 14: Wenn Sie früher/zuletzt anderswo in zahnärztlicher Behandlung waren: Warum haben Sie den Zahnarzt gewechselt?

N = 287 Patienten	LMU		UCLA
	n	%	%
war mit dem Zahnarzt unzufrieden	107	37,3	14,8
Voranmeldungszeit bei den Zahn- ärzten waren mir zu lang	96	33,5	---
kein Vertrauen mehr zum Zahnarzt	80	27,9	10,1
günstigere Lage der Klinik	54	18,8	32,3
Behandlung war zu teuer	28	9,8	42,8

Tabelle 16

Anmerkung: Mehrfachantworten waren zugelassen.

Bei der Auswertung dieser Frage fiel zunächst auf, daß 226 Patienten (= 40,9 % des Grundkollektivs) keine Antwort gegeben haben. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, daß die 187 Patienten, die wegen Abwesenheit ihres Zahnarztes zu uns kamen (siehe Auswertung Frage 12, Seite 23), sich mit keiner der angebotenen Antwortmöglichkeiten identifizieren konnten. Gleiches trifft auch für die 51 Patienten zu, die von ihrem Zahnarzt überwiesen wurden.

Die auswertbaren Antworten allerdings geben Anlaß zum Nachdenken: Jeder dritte Patient war mit seinem letzten Zahnarzt unzufrieden oder hatte das Vertrauen zu ihm verloren!

Frage 15: Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung durch Ihren letzten Zahnarzt?

N = 488 Patienten	LMU		UCLA
	n	%	%
gut	247	50,6	59,5
zufriedenstellend	158	32,4	29,1
schlecht	83	17,0	11,4

Tabelle 17

Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß 340 der befragten Patienten vor ihrer Behandlung bei uns nur bei niedergelassenen Kollegen in Behandlung waren, läßt das Ergebnis – unkritisch betrachtet – zunächst den Schluß zu, daß unserer Bevölkerung ein guter Standard an zahnärztlicher Versorgung zuteil wird.

Zieht man nun allerdings in Betracht, daß ca. 40 % unserer Patienten nach der Behandlung bei uns die Behandlungsqualität der Zahnklinik als besser und ca. 51 % als genauso gut einstufen (siehe Ergebnisse Frage 8/Fragebogen 2, Seite 34), so erscheinen die ermittelten Quoten in einem anderen Licht.

3. Fragebogen 2

3.1. Einführung, Methodik

Wie im Fragebogen 1 wurden auch bei diesem Fragebogen mehrere Fragen, wenn auch meist in einer auf unsere Verhältnisse angepaßten Form, aus der an der University of California durchgeführten Untersuchung übernommen.

Der Teil B des Fragebogens untersucht die Mundhygienegewohnheiten unserer Patienten.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wurde einem Kollektiv von 350 Patienten (aus dem Grundkollektiv der 553 Patienten der ersten Fragebogenaktion mittels Zufallszahlengenerator ausgewählt) dieser zweite Fragebogen zugesandt. Die Rücksendung erfolgte anonym.

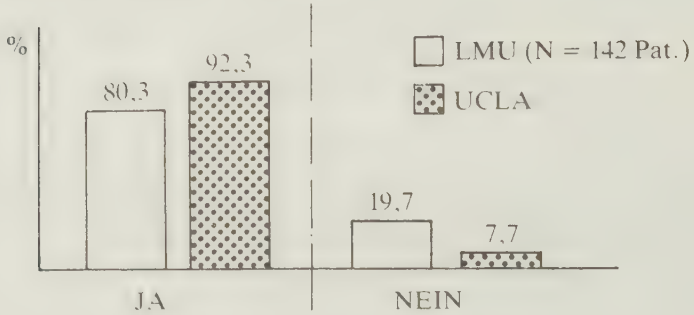
Von den 350 versandten Fragebögen erhielten wir 143 zurück. Dies entspricht einer Antwortrate von 40,9 % und kann als gut bezeichnet werden. Für die Auswertung wurde von diesem Grundkollektiv die Anzahl der jeweils ungültigen Antworten subtrahiert und das verbleibende Restkollektiv N zu 100 % gesetzt.

Interessant war, daß in den Fragebögen, die uns zuerst zugesandt wurden, fast durchweg die negativen Kriterien betont waren. Dieser Trend nahm erst nach etwa zwei Wochen ab. Mehrere dieser offenbar unzufriedenen und teilweise stark verärgerten Patienten haben uns zusätzlich zum Fragebogen oft mehrseitige Beschwerdebriefe – in einigen Fällen unter Aufgabe ihrer Anonymität – zukommen lassen. Einige Patienten benutzten unsere Fragebogenaktion als Mittel zum Zweck, indem sie um Mitteilung von Behandlungsterminen ersuchten.

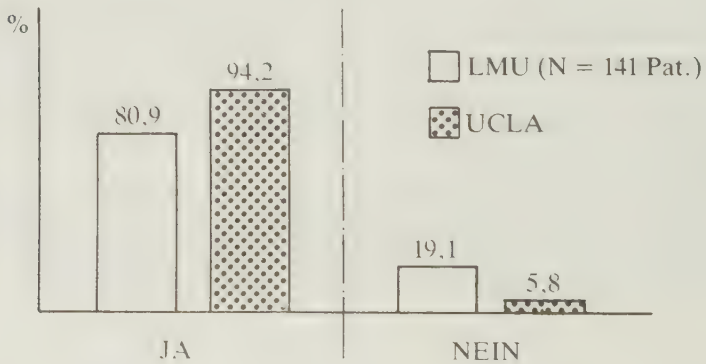
Sinn des zweiten Fragebogens war es, unter Rückkopplung auf die Ergebnisse des ersten Fragebogens festzustellen, wo Verbesserungen notwendig sind, um unseren Dienst am Patienten effizienter gestalten und vorzeitige Behandlungsabbrüche vermeiden zu können.

3.2. Auswertung Fragebogen 2, Teil A

Frage 1: Sind Sie der Meinung, daß Ihre Zahnerkrankung, deretwegen Sie die Poliklinik für Zahnerhaltung aufgesucht haben, wirksam behandelt wurde?



Frage 2: Wurden Ihrer Meinung nach alle Möglichkeiten zur Versorgung Ihres Gebisses wahrgenommen?



Frage 3: Wie beurteilen Sie den Zeitraum zwischen Anmeldung zur Behandlung und Beginn der Behandlung?

N = 139 Patienten	LMU		UCLA
	n	%	%
war viel kürzer als erwartet	18	12,9	13,0
war kürzer als erwartet	21	15,1	18,3
entsprach meinen Erwartungen	76	54,7	32,1
war länger als erwartet	24	17,3	36,6

Tabelle 18

Zum Verständnis dieser Frage muß kurz auf den organisatorischen Ablauf in unserer Poliklinik eingegangen werden:

Der Patient wird nach erfolgter Anmeldung am gleichen Tage durch einen Assistenten in der Ambulanz untersucht und der klinische Befund erhoben.

Die Behandlung wird dann – von besonders schwierigen Fällen abgesehen – durch einen Studenten weitergeführt. Dies bedeutet, daß Patienten, die zu Beginn eines Behandlungskurses zur Behandlung kommen aufgrund des zu diesem Zeitpunkt großen Bedarfs der behandelnden Studenten an Patienten entweder sofort oder zumindest sehr schnell behandelt werden. Mit Fortdauer des Behandlungskurses sinkt der Studentenbedarf, das Patientenaufkommen ändert sich aber nur unwesentlich, sodaß Wartezeiten bis zum Behandlungsbeginn unvermeidlich sind.

Es ist anzunehmen, daß alle Patienten, die das Kriterium 4 gewählt haben, überwiegend zu den Patienten gehören, die erst gegen Ende der Behandlungskurse zu uns gekommen sind.

Das insgesamt mit mindestens zufriedenstellend zu beurteilende Ergebnis zeigt aber auch, daß unsere Bemühungen, die Studenten durch Soll – Vorgabe eines Mindestprogrammes von Beginn an ein Behandeln unter Zeitdruck – ohne dabei die Qualität zu vernachlässigen – zu gewöhnen, auch der Behandlungsquote pro Behandlungskurs zugute kommt.

Frage 4: Wie beurteilen Sie die Fähigkeiten des Studenten/Assistenten, der Sie behandelt hat?

Von den 139 Patienten, deren Antwort verwertbar ist, wurden 103 (= 74,1 %) durch Studenten und 36 (= 25,9 %) durch Assistenten behandelt.

Obwohl beide Kollektive unterschiedlich groß sind, haben wir die Ergebnisse zusammengefaßt dargestellt: Die UCLA-Werte korrespondieren mit unseren Werten für Studenten, da dort die Patienten ausschließlich von Studenten behandelt werden.

N = 139 Patienten	LMU Assistenten		LMU Studenten		UCLA
	n	%	n	%	%
gut	22	61,1	65	63,1	56,8
zufriedenstellend	10	27,8	28	27,2	39,2
unbefriedigend	4	11,1	10	9,7	4,0

Tabelle 19

Frage 5: Zeigte der Sie behandelnde Student/Assistent Verständnis für Ihre Zahnerkrankung?

Die Tabelle zeigt – wie bei Frage 4 – die Unterscheidung in Patienten, die von Studenten und solchen, die von Assistenten behandelt wurden.

Auch hier können die UCLA-Werte lediglich mit unseren Werten für die Studentenbehandlung verglichen werden.

N = 139 Patienten	LMU Assistenten		LMU Studenten		UCLA
	n	%	n	%	%
sehr verständnisvoll	14	38,9	52	50,5	84,6
verständnisvoll	15	41,7	36	34,9	13,8
zumindest interessiert	5	13,9	12	11,7	0,8
es schien ihn nicht zu interessieren	2	5,5	3	2,9	0,8

Tabelle 20

Während die LMU-Werte und die UCLA-Werte der Ergebnisse bei Frage 14 nur relativ geringe Abweichungen zeigen, divergieren die Quoten der Frage 5 stark voneinander. Offensichtlich gibt die Behandlungssituation der UCLA dem Studenten mehr Raum für das Gespräch mit dem Patienten – denn nur im Gespräch kann dem Patienten der Eindruck vermittelt werden, man habe seine Sorgen und Nöte verstanden.

Frage 6: Wie gut konnte der Sie behandelnde Student/Assistent Ihnen über Ihre Behandlung Auskunft geben?

Auch hier unterscheidet die Tabelle in von Studenten und von Assistenten behandelten Patienten (103 = 73,6 % bzw. 37 = 26,4 %).

N = 140 Patienten	LMU Assistenten		LMU Studenten		UCLA
	n	%	n	%	%
Kriterium 1	30	81,1	79	76,7	98,4
Kriterium 2	6	16,2	14	13,6	0,8
Kriterium 3	1	2,7	10	9,7	0,8

Tabelle 21

Kriterien:

- 1 er ging auf meine Fragen ein und machte fachlich einen guten Eindruck
- 2 er ging zwar auf meine Fragen ein, war fachlich jedoch nicht überzeugend
- 3 meine Probleme wurden nicht besprochen

Frage 7: Wie effektiv empfanden Sie die Behandlung?

N = 141 Patienten	LMU		UCLA
	n	%	%
sehr effektiv	104	73,8	91,9
Behandlung zeigte keinen Erfolg	37	26,2	8,1

Tabelle 22

Auch hier dürften die UCLA-Werte mit der unterschiedlichen Behandlungssituation zu erklären sein (siehe Kommentar Frage 11/Fragebogen 1, Seite 20).

Sicher spielt auch die Verschiedenartigkeit des Sozialversicherungssystems zwischen der BRD und den USA eine Rolle. Während unsere Patienten mit ihrem gesteigerten Anspruchsdenken unter dem Motto „Das Beste für mich – die Kasse bekommt von mir genügend Geld!“ nur schwer zufriedenzustellen sind, wissen die Amerikaner, welche die Behandlung an den Universitätszahnkliniken sicher zu schätzen. Die psychologischen Voraussetzungen zur Erzielung eines besseren Umfrageergebnisses dürften dort deshalb als wesentlich günstiger eingestuft werden.

Frage 8: Wie beurteilen Sie die Behandlungsqualität der Zahnklinik München im Vergleich zu Ihren früher gemachten Erfahrungen?

N = 132 Patienten	LMU		UCLA
	n	%	%
Zahnklinik war besser	52	39,4	75,6
Zahnklinik war genauso gut	67	50,8	19,5
Zahnklinik war schlechter	13	9,8	4,9

Tabelle 23

Das Ergebnis zeigt, daß unsere Poliklinik bezüglich der Behandlungsqualität einen Standard bietet, der im Vergleich mit den niedergelassenen Kollegen zumindest als gut eingestuft werden kann.

Zieht man nun das Ergebnis der Auswertung Frage 11/Fragebogen 1 in Betracht, wonach fast 80 % der Patienten erwarteten, von einem erfahrenen Assistenzarzt behandelt zu werden, so zeigt das Resultat – unter Berücksichtigung der Tatsache, daß die meisten Patienten durch Studenten behandelt werden – ebenfalls, mit welchem gutem Ergebnis unsere Poliklinik in der Ausbildung der Zahnmedizinstudenten tätig ist.

Frage 9: Wie denken Sie über die Dauer der einzelnen Behandlungssitzungen?

N = 149 Patienten	LMU		UCLA
	n	%	%
dauerten länger als erwartet	60	42,9	42,4
entsprachen meinen Erwartungen	69	49,3	49,2
waren kürzer als erwartet	11	7,8	8,4

Tabelle 24

Interessant ist, daß unsere Werte und die UCLA-Werte bei dieser Frage sehr nahe beieinander liegen.

Ruft man sich nochmals das Ergebnis der Frage 9/Fragebogen 1 in Erinnerung, wonach eine Quote von 81,5 % der befragten Patienten eine Sitzungsdauer bis zu einer Stunde als optimal bezeichnen und relativiert dazu die Tatsache, daß bei den ca. 74 % durch Studenten behandelten Patienten in der Regel die Dauer der Behandlungssitzungen zwei bis drei Stunden betrug, dann erstaunt, daß 49,3 % der Patienten angeben, die Dauer der einzelnen Behandlungssitzung entspräche ihren Erwartungen!

Es muß hier mit der Wahrnehmung, von einem Studenten behandelt zu werden offensichtlich auch die Bereitschaft der Patienten gewachsen sein, eine Sitzungsdauer von zwei bis drei Stunden als „normal“ zu tolerieren.

Allerdings beinhaltet die Quote von fast 43 % der Patienten, deren Behandlungssitzungen länger als erwartet dauerten die Forderung, von unserer Seite aus entsprechende Maßnahmen zu ergreifen (Organisation, Heranführen der Studenten an Zeitlimits usw.).

Frage 10: Wie beurteilen Sie die Tätigkeit der aufsichtführenden Assistenten?

N = 139 Patienten	LMU		UCLA
	n	%	%
positiv	61	43,9	nicht gefr.
unauffällig	58	41,7	nicht gefr.
unbefriedigend	20	14,4	nicht gefr.

Tabelle 25

Das Patientenkollektiv mit Wahl des Kriteriums unbefriedigend führt als Begründung am häufigsten die langen Wartezeiten auf den vom behandelnden Studenten zum Testieren des jeweiligen Arbeitsschrittes angeforderten Assistenten an.

Einige Patienten beklagen sich auch über die Art, wie die Assistenten mit dem Studenten im Beisein des Patienten sprechen. Häufig wurde bemängelt, daß sich Assistent und Student duzen!

Die relativ hohe Quote der unzufriedenen Patienten beinhaltet die Forderung, in der Weiterbildung unseres Assistentenpersonals nicht nur die fachliche Seite zu betonen.

Frage 11 bzw. 12: Was empfanden Sie während Ihrer Behandlung in der Poliklinik für Zahnerhaltung als positiv bzw. negativ und damit verbesserungsbedürftig?

Von den befragten 143 Patienten gaben

nur positive Antworten	sowohl positive als auch neg. A.	nur negative Antworten	keine Antwort
27 = 18,9 %	58 = 40,5 %	20 = 14,0 %	38 = 26,6 %

Tabelle 26

Da alle Patienten sowohl ihre positiven als auch negativen Eindrücke in freier Antwort niederschreiben konnten, war es von unserer Seite aus notwendig, alle Antworten bestimmten Kriterien zuzuordnen. Diese wurden so gewählt, daß die aus der Sicht der Patienten wichtigen Beurteilungspunkte erfaßt werden.

Es sind dies:

- Organisation
- Behandlungspersonal
- Behandlung
- Hygiene

Es zeigt sich, daß bei den ersten drei Beurteilungspunkten (und hier insbesondere beim Kriterium Behandlung) die stärkste Kritik geübt wird.

Frage 13: Wie denken Sie über die Dauer Ihrer gesamten Behandlung?

N = 133 Patienten	n	%
a) war kürzer als erwartet (d. h. weniger Sitzungen)	18	13,5
b) war so wie erwartet	66	49,7
c) war länger als erwartet	31	23,3
d) war wesentlich länger als erwartet	18	13,5

Tabelle 27

Die Patienten, die die Kriterien c) oder d) gewählt haben, gaben hierfür als Begründung an:

- Mangel an Routine bzw. Unerfahrenheit des Studenten.
- Zu viele Studenten bei zu wenig Assistenten, dadurch langes Warten auf den Assistenten beim Testieren der Arbeit.
- Der Behandler nimmt sich mehr Zeit.
- Viel zu gründliche und sorgfältige Behandlung!
- Gleichgültigkeit oder Abwesenheit des Behandlers.
- Assistenten sollten öfters dem Studenten helfen, wenn es zu lange dauert.
- Unvermögen des behandelnden Studenten und seines Assistenten.
- Zustand meiner Zähne.

Interessant ist, daß mehrere Patienten unsere Behandlung als zu gründlich und wegen der damit verbundenen Behandlungsdauer für sie als Negativum bezeichnen.

4. Vergleich und Diskussion unserer Ergebnisse (LMU) mit denen der University of California, School of Dentistry (UCLA)

4.1. Vergleich und Diskussion der Ergebnisse des Fragebogens 1.

Alle Angaben in %.

1. Wie weit wohnen Sie von der Klinik entfernt?

Entfernung	Ort	
	LMU	UCLA
bis 3 km	14,3	16,2
3 bis 10 km	43,9	38,0
10 bis 20 km	20,0	24,8
über 20 km	21,8	21,0

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .10000$ für Ablehnung von H_0 .

2. Wie haben Sie die Zahnklinik erreicht?

Zugang	Ort	
	LMU	UCLA
Öffentl. Verkehrsmittel	58,5	19,0
Eigenes Kfz	26,0	61,8
wurde gebracht	6,6	11,9
zu Fuß	6,3	7,3

siehe Anmerkung S. 43

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .10862$ für Ablehnung von H_0 .

Der Vergleich der erzielten Werte zeigt zunächst deutlich die unterschiedlichen Voraussetzungen für beide Patientenkollektive hinsichtlich der verkehrspolitischen und der sozialen Situation auf.

So spielt auf Grund der Unterversorgung mit öffentlichen Verkehrsmitteln (sicher auch wegen der peripheren Lage der UCLA) – bei relativ gleichen Ergebnissen bezüglich der Entfernung zwischen Wohn- bzw. Beschäftigungsort und Behandlungsort in Los Angeles das Kraftfahrzeug als Trans-

portmittel die herausragende Rolle, während unsere Patienten in entsprechendem Maße öffentliche Verkehrsmittel benutzten. In wie weit hierfür die zentrale Lage der Zahnklinik München oder die in der Klinikumgebung unzureichenden Parkflächen für Kraftfahrzeuge eine Rolle spielen, läßt sich schwer abschätzen – ohne Einfluß sind diese Parameter sicher nicht!

3. Inwieweit sind Sie mit Ihren momentanen Zahnproblemen vertraut?

Info-Stand Pat.	Ort	
	LMU	UCLA
Ich habe keine Probleme und komme zur Routineuntersuchung	5,6	24,2
Ich kenne zwar meine Probleme, bin aber über die Art der Behandlung nicht informiert	54,0	20,1
Ich kenne meine Probleme und bin mit der vorgeschriebenen Behandlung vertraut	40,4	55,7

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00000$ für Ablehnung von H_0 .

Interessant ist der Vergleich beider Kollektive hinsichtlich ihres Informationsstandes über ihre momentanen Zahnprobleme.

Zunächst fällt auf, daß mehr als 4x so viele Patienten in Los Angeles zur Routineuntersuchung in die Klinik kommen. Wichtig erscheint aber, daß mehr als 50 % unserer Patienten über die Art, wie ihre momentanen Zahnprobleme behandelt werden können, nicht informiert sind. Die Ursachen für diesen krassen Gegensatz sind sicher auch in der stärkeren Öffentlichkeitsarbeit der amerikanischen Medien (news media) auf diesem Sektor der Gesundheitspolitik zu suchen. Hier dürfte aber auch die unterschiedliche Sozialversicherungssituation des Patienten in den USA eine Rolle spielen. Sicher ist dabei der Drang nach Information über Dienstleistungen, die man zur Gänze selbst bezahlen muß, stärker vorhanden als bei unseren Patienten, die ja nur bei prothetischen Leistungen mit diesem Problem konfrontiert werden. Der Zusammenhang zwischen nachlässiger Prophylaxe und mangelhafter Kooperation mit dem Zahnarzt einerseits, dem dadurch bedingten Steigen der Aufwendungen für Behandlungskosten – auch in der konservierenden Zahnerhaltung – andererseits, wird bei uns in der BRD leider nur langsam ins Bewußtsein der Öffentlichkeit gerückt.

4. Sofern notwendig: Wie oft wären Sie bereit, zu unserer Behandlung zu kommen?

Anzahl Behndl.	Ort	
	LMU	UCLA
2 x	19,1	19,8
3- 5 x	26,2	36,7
5-10 x	15,8	25,1
> 10 x	38,9	18,4

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00000$ für Ablehnung von H_0 .

In der Bereitschaft, öfter zur Behandlung zu kommen – sofern erforderlich –, liegen beide Kollektive relativ nahe zusammen.

Unsere Patienten wären aber zu fast 40 % bereit, mehr als 10x zu erscheinen! Einfluß auf diese Quote dürfte neben dem bereits angesprochenen Mangel an Information über die Art der Behandlung auch haben, daß viele Patienten doch ein ausgeprägtes schlechtes Gewissen haben, weil sie längere Zeit nicht beim Zahnarzt waren.

Eine Rolle könnte hierbei aber auch spielen, daß Patienten auf Grund der im Durchschnitt doch längeren Wartezeiten bei den niedergelassenen Zahnärzten froh waren, so schnell einen Behandlungstermin zu erhalten und damit den Vorsatz verbanden, sich nun einmal „richtig durchsanieren“ zu lassen.

Die aufgeführten Werte sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten, wie die Praxis zeigt: Viele Patienten beenden die Behandlung vorzeitig, weil diese länger dauert als sie gerechnet haben.

Anmerkung: Da bei einzelnen Fragen an beiden Universitäten unterschiedliche Kriterien abgefragt wurden, im Vergleich der Ergebnisse jedoch nur gleichwertige Kriterien verglichen werden, können Abweichungen von der Prozentzahl 100 möglich sein.

Dies gilt auch für Fragen, bei denen Mehrfachantworten zugelassen waren.

5. Wie lange sollte eine Behandlungssitzung dauern?

Dauer einer Behandl.	Ort	
	LMU	UCLA
bis zu 1 Std.	81,5	24,7
bis zu 2 Std.	16,0	52,4
bis zu 3 Std.	2,5	18,2
> 3 Std.	nicht gefr.	4,7

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00000$ für Ablehnung von H_0 .

Die Ansichten beider Kollektive hinsichtlich der Vorstellung über die Dauer einer Behandlungssitzung differieren stark. Während unsere Patienten zu 81,5 % eine Dauer bis zu einer Stunde als optimal ansehen, ist das amerikanische Patientenkollektiv mit 52,4 % der Ansicht, daß die Dauer bis zu zwei Stunden ihrer Vorstellung entspricht.

Von Einfluß dürfte sein, daß in Los Angeles viele der Patienten arbeitslos sind und demnach die Behandlungsdauer eine geringere Rolle spielt. Sicher ist auch, daß die amerikanischen Patienten über die Situation, die sie an der UCLA erwartet, informierter sind als unsere Patienten über unsere Behandlungsverhältnisse.

6. Wie lange wären Sie bereit, bis zum Behandlungsbeginn zu warten?

Wartezeit	Ort	
	LMU	UCLA
1 Woche	60,6	36,0
2-4 Wochen	33,6	41,9
2 Monate	4,1	17,5
> über 3 Monate	1,7	4,6

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00000$ für Ablehnung von H_0 .

Der Vergleich ergibt, daß die Patienten der UCLA eine größere Bereitschaft zeigen, bis zum Behandlungsbeginn länger zu warten.

Auch hier dürfte die unterschiedliche Sozialversicherungssituation von Einfluß sein.

7. Von wem erwarten Sie behandelt zu werden?

Behandler	Ort	
	LMU	UCLA
Assistenz Zahnarzt	74,4	15,2
Student unter Aufsicht	21,1	80,0

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00000$ für Ablehnung von H_0 .

Demnach erwarten fast 2/3 unseres Patientenkollektives von einem erfahrenen Assistenzarzt behandelt zu werden, während an der UCLA 80 % der Patienten bereit sind, von Studenten unter Aufsicht behandelt zu werden. Der mangelnde Informationsstand unserer Patienten über die Behandlungssituation an Zahnkliniken dürfte – neben einem grundsätzlichen Mangel an Bereitschaft zur Behandlung durch Studenten und/oder der Einsicht der Notwendigkeit derselben – für die konträren Quoten verantwortlich sein.

Anmerkung: Die Prozentwerte differieren von der Sollzahl 100, weil an beiden Zahnkliniken jeweils ein anderes drittes Kriterium abgefragt wurde:

LMU: sowohl als auch = 4,5 %

UCLA: Student ohne Aufsicht = 4,8 %

8. Warum gehen Sie mit Ihren Zahnproblemen in die Zahnklinik?

Vorteile Zahnklinik	Ort	
	LMU	UCLA
Qualität	21,2	46,6
Kosten	6,4	65,8
Lage	9,8	20,7
Ruf	19,8	39,5
Beh.-Methoden	27,9	36,4

siehe Anmerkung S. 43

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00000$ für Ablehnung von H_0 .

Hinsichtlich der Gründe, warum die Patienten in die Zahnklinik kamen, ist zu sagen, daß auch hier die Kostenfrage ein klares Übergewicht bei dem UCLA-Wert ergibt (fast 10x höhere Quote!) – siehe vorausgegangene Anmerkungen über die Sozialversicherungssituation in den USA.

9. Wie oft gehen Sie zum Zahnarzt?

Häufigkeit ZA-Besuch	Ort	
	LMU	UCLA
min. alle 6 Monate	34,5	16,3
1x pro Jahr	31,6	25,5
alle 2 Jahre	3,8	12,5
nur bei Problemen	30,1	45,7

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00000$ für Ablehnung von HO.

Beim Vergleich der beiden Patientengruppen bezüglich der Frequenz ihres Zahnarztbesuches ist die Beurteilung der Aussagen mit Zurückhaltung durchzuführen. Zum einen, weil die meisten Patienten (86,5 %) bei uns zum ersten Male behandelt wurden und demnach davon ausgehen konnten, daß über sie keine Behandlungsunterlagen vorlagen, und zum anderen – wer gibt schon gerne zu, daß er in der zurückliegenden Zeit trotz Aufklärung seitens der Krankenkassen und der Medien bei der Prophylaxe mehr oder weniger nachlässig war.

10. Warum haben Sie den Zahnarzt gewechselt?

Grund ZA-Wechsel	Ort	
	LMU	UCLA
Qualität	37,3	14,8
Wartezeiten	33,5	nicht gefr.
kein Vertrauen	27,9	10,1
Lage der Klinik	18,8	32,3
Kosten	9,8	42,8

siehe Anmerkung S. 43

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00000$ für Ablehnung von HO.

Bei der Frage nach den Gründen für den Wechsel des Behandlers ist neben den zu erwartenden Unterschieden bei den Antworten auf die Kostenfrage und der örtlichen Verkehrssituation interessant, daß die Quoten unserer Patienten, die mit ihrem letzten Behandler unzufrieden waren bzw. das Vertrauen zu ihm verloren hatten, fast um den Faktor 3 höher liegen als die des UCLA-Patientenkollektivs.

11. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung durch Ihren letzten Zahnarzt?

Qualität letzter ZA	Ort	
	LMU	UCLA
gut	50,6	59,5
zufriedenstellend	32,4	29,1
schlecht	17,0	11,4

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00000$ für Ablehnung von H_0 .

Bei Antworten zur Einschätzung der Behandlungsqualität ihres letzten Behandlers liegen die amerikanischen Kollegen im Ergebnis etwas besser.

4.2. Vergleich und Diskussion der Ergebnisse des Fragebogens 2

1. *Sind Sie der Meinung, daß Ihre Zahnerkrankung wirksam behandelt wurde?*

Behandlungserfolg	Ort	
	LMU	UCLA
ja	80,3	92,3
nein	19,7	7,7

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00008$ für Ablehnung von H_0 .

2. *Wurden Ihrer Meinung nach alle Möglichkeiten zur Versorgung Ihres Gebisses wahrgenommen?*

Optimale Versorgung	Ort	
	LMU	UCLA
ja	80,9	94,2
nein	19,1	5,8

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00000$ für Ablehnung von H_0 .

Die Auswertung der Aussagequoten beider Kollektive hinsichtlich des Behandlungserfolges bzw. der maximalen Versorgung fällt zugunsten der UCLA aus. Die Gründe hierfür dürften in der unterschiedlichen psychologischen Ausgangsposition beider Patientengruppen liegen:

1. Die Erwartungshaltung unserer Patienten, unterstützt durch das aus unserem Sozialversicherungswesen hergeleitete Anspruchsdenken, ist sicher größer als die der UCLA-Patienten.
2. Die Tatsache, daß das soziale Gefälle der UCLA-Patienten stärker ausgeprägt ist (viele der Patienten sind arbeitslos) und die Gewissheit, für wenig Geld wirksam und zufriedenstellend behandelt worden zu sein, dürfte die Aussage günstig beeinflusst haben.

3. Verstärkt wird dieser Eindruck sicher auch noch dadurch, daß an der UCLA der Patient auf allen Gebieten der zahnärztlichen Versorgung in der Regel stets vom gleichen Studenten behandelt wird, während bei uns z. B. konservierende und prothetische Behandlungen in verschiedenen Polikliniken und von verschiedenen Behandlern durchgeführt werden. An der UCLA wird dadurch sicher eine Vertrauensbasis zwischen Patient und Behandler geschaffen, die bei unserer Organisationsform nie erreicht werden kann und einen gewissen Bonus bei den Antworten auf die Fragen 1 und 2 vermuten läßt.

3. *Wie beurteilen Sie den Zeitraum zwischen Anmeldung zur Behandlung und Beginn der Behandlung?*

Wartezeit	Ort	
	LMU	UCLA
viel kürzer	12,9	13,0
kürzer	15,1	18,3
wie erwartet	54,7	32,1
länger	17,3	36,6

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00001$ für Ablehnung von H_0 .

Der Vergleich ergibt, daß an der UCLA die Quote der Patienten, deren Wartezeit länger als erwartet war, doppelt so groß ist wie in München. 82,7% unserer Patienten gehen an, daß die Wartezeit ihren Erwartungen entsprochen habe bzw. kürzer war (UCLA 63,4%).

Eine Wertung der gemachten Aussagen ließe (unter der Hypothese, daß sich amerikanische und deutsche Studenten ihre Behandlungsfertigkeiten nahezu gleich schnell oder langsam aneignen und damit auch die Patientenfrequenz pro Student in etwa gleich groß wäre) den Schluß zu, daß an der UCLA

- entweder das Patientenaufkommen größer als bei uns wäre (was nicht der Fall ist), oder
- die Behandlung unter weniger Zeitdruck durchgeführt wird und damit z. B. mehr Zeit für das Gespräch mit dem Patienten bliebe.

Letzteres würde auch die günstigeren UCLA-Werte der nachfolgenden Fragen 4, 5 und 6 erklären.

4. *Wie beurteilen Sie die Fähigkeiten des Studenten, der Sie behandelt hat?*

Qual. Stud. Behandl.	Ort	
	LMU	UCLA
gut	63,1	56,8
zufriedenstellend	27,2	39,2
schlecht	9,7	4,0

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00967$ für Ablehnung von H_0 .

5. *Zeigte der Sie behandelnde Student Verständnis für Ihre Zahnerkrankung?*

Verständnis Stud.	Ort	
	LMU	UCLA
sehr verständnisvoll	50,5	84,6
verständnisvoll	34,9	13,8
zumin. interessiert	11,7	0,8
nicht interessiert	2,9	0,8

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00000$ für Ablehnung von H_0 .

6. *Wie gut konnte der Sie behandelnde Student Ihnen Auskunft über Ihre Behandlung geben?*

Pat. Aufklär. Stud.	Ort	
	LMU	UCLA
gut	76,7	98,4
nicht überzeugend	13,6	0,8
schlecht	9,7	0,8

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00000$ für Ablehnung von H_0 .

Die höheren – und damit günstigeren – Werte der UCLA bei Frage 4, 5 und 6 können ihre Ursache darin haben, daß dort der Student „seinen“ Patienten bis zur völligen Sanierung (konservierend und prothetisch) behandelt, während bei uns das Behandlungsverhältnis in der Regel nur für die Dauer eines

Kurses besteht und der Student zudem durch ein vorgeschriebenes Kursprogramm (= Mindest-Soll) einem gewissen Zeitdruck unterliegt. Daß dabei das Gespräch mit dem Patienten sicher zu kurz kommt, zeigen die obigen Ergebnisse. Für uns ergibt sich damit die Aufgabe, dem Studenten im Rahmen seiner Ausbildung die Wichtigkeit des Gesprächs mit dem Patienten bewußt zu machen.

7. Wie effektiv empfanden Sie die Behandlung?

Effektivität	Ort	
	LMU	UCLA
Beh. sehr effektiv	73,8	91,9
Beh. zeigte keinen Erfolg	26,2	8,1

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00000$ für Ablehnung von H_0 .

Die Quoten beider Fragen sprechen eindeutig zugunsten der UCLA. Die unterschiedliche Behandlungssituation beider Zahnkliniken spielt sicher auch hierbei eine Rolle. Für uns erwächst hieraus die Forderung, dem Studenten nicht nur Fachwissen zu vermitteln, sondern ihn auch „dialogfähig“ zu machen im Umgang mit dem Patienten. Im Gespräch mit dem Patienten müssen Behandlungsweg, Behandlungsziel (und eventuelle Risiken) dargestellt werden. Der Patient wird dadurch motiviert und gleichzeitig kritikfähiger hinsichtlich der Behandlungseffizienz.

8. Wie beurteilen Sie die Behandlungsqualität der Zahnklinik im Vergleich zu Ihren früher gemachten Erfahrungen?

Beh. Qual. Zahnkl.	Ort	
	LMU	UCLA
besser	39,4	75,6
gleich	50,8	19,5
schlechter	9,8	4,9

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .00000$ für Ablehnung von H_0 .

Die Beurteilung der Behandlungsqualität der Zahnklinik im Vergleich zu früher gemachten Erfahrungen ergibt sich ein Übergewicht zugunsten der niedergelassenen Kollegen in der BRD. Die Quote von fast 40 % unserer Patienten, die die Qualität der Zahnklinik München mit besser einstufen, sollte allerdings nicht übersehen werden.

9. Wie denken Sie über die Dauer der einzelnen Behandlungssitzungen?

Dauer einer Behandl.	Ort	
	LMU	UCLA
länger als erwartet	42,9	42,2
wie erwartet	49,3	49,2
kürzer als erwartet	7,8	8,4

CHI 2-Testergebnis: Irrtumswahrscheinlichkeit $p > = .97398$ für Ablehnung von H_0 .

Die Einstufung der Dauer der einzelnen Behandlungssitzungen ergibt bei beiden Patientenkollektiven mit geringen prozentualen Abweichungen ein nahezu identisches Bild, wobei allerdings jeweils fast 43 % der Patienten angaben, daß die Sitzungen länger als erwartet dauerten. Daß seitens beider Ausbildungseinrichtungen hier verstärkt danach gestrebt werden muß, auf den Gebieten der Organisation (Materialausgabe, Effizienz bzw. Anzahl der aufsichtführenden und die einzelnen Arbeitsschritte testierenden Assistenten usw.) als auch der Ausbildung der Studenten (z. B. Gewöhnung an Zeitlimits bereits im Phantomkurs) unnötige Stand- bzw. Rüstzeiten zu vermeiden.

Es darf auch nicht übersehen werden, daß die Situation auf dem Arbeitsmarkt vielen Arbeitnehmern es nahezu unmöglich macht, mehrstündige Behandlungssitzungen zu tolerieren.

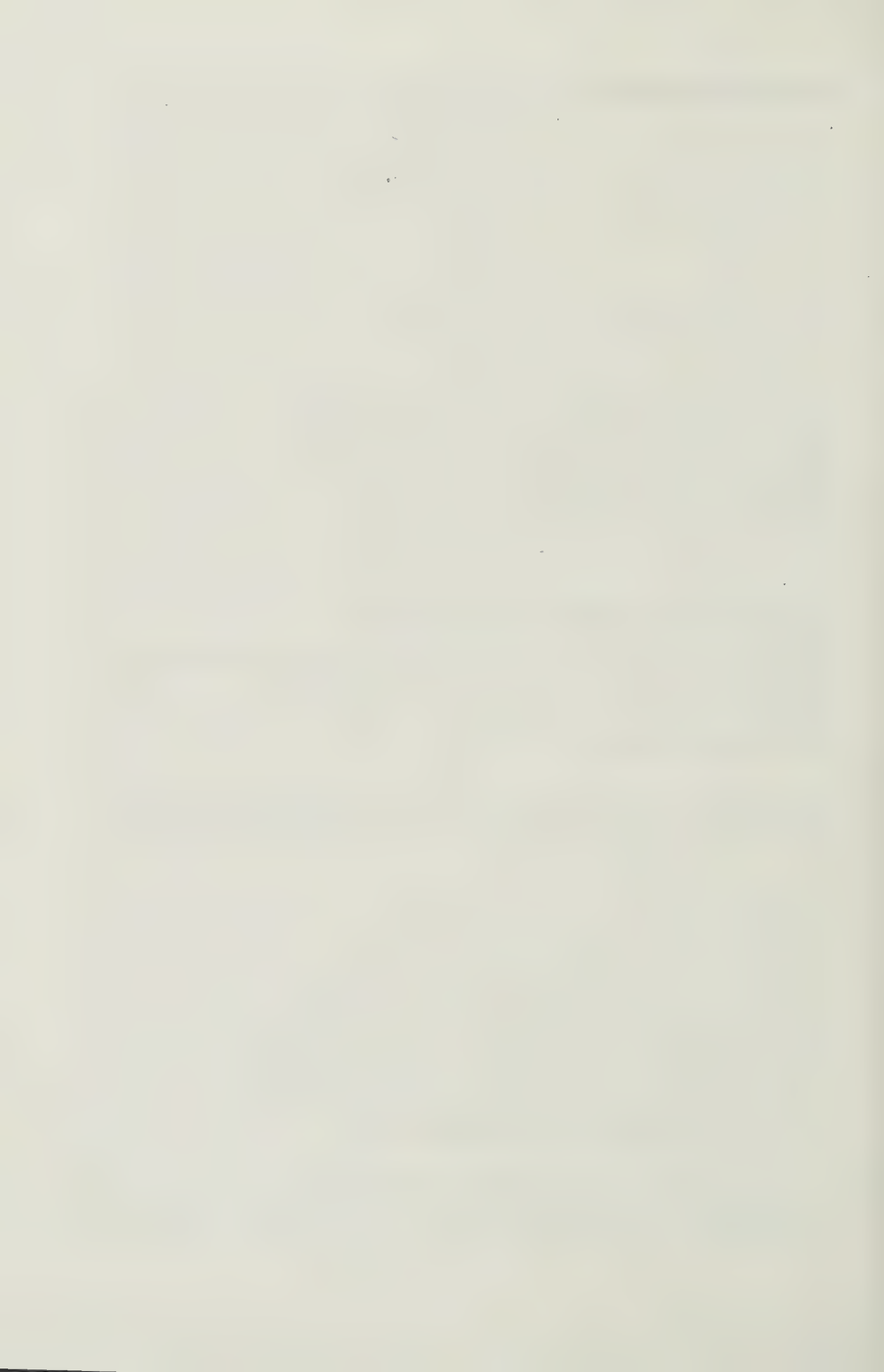
4.3. Zusammenfassung

Die Auswertung der Antworten beider Patientenkollektive zeigt, daß sie sich hinsichtlich der Ansprüche an die zahnärztliche Behandlung, deren Durchführung und der daraus resultierenden Erwartungshaltung kaum unterscheiden. Nahezu konträr verhalten sich beide Patientengruppen erwartungsgemäß dort, wo verkehrspolitische, soziale oder sozialversicherungsrechtliche Aspekte eine Rolle spielen. In beiden Gruppen haben die Patienten ein wesentliches Interesse an einer kürzeren Behandlungsdauer, d. h. weniger und kürzere Behandlungssitzungen.

Interessant ist, daß beide Patientenkollektive mit nahezu gleichen Quoten (ca. 43 %) die Dauer der Behandlungssitzung als zu lange einstufen. Um in der Zukunft die Abbrechrage möglichst klein zu halten, sollten deshalb die Patienten rechtzeitig z. B. über die Behandlungssituation und den organisatorischen Ablauf an der Zahnklinik informiert werden. So könnten einerseits Patienten, deren Erwartungen zu hoch sind, bereits frühzeitig auf deren Nichterfüllbarkeit an der Zahnklinik hingewiesen werden und andererseits die behandelnden Studenten von der Problematik entlastet werden, daß uninformierte Patienten wegen der im Vergleich zu den niedergelassenen Kollegen zwangsläufig längeren Behandlungssitzungen Termine nicht mehr einhalten oder die Behandlung vorzeitig abbrechen.

Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang auch, daß jeder Patient unmittelbar nach der Befunderhebung darüber informiert wird, wie lange die Behandlung dauern wird, d. h. wie oft er kommen muß und wie lange die Behandlungssitzungen dauern werden.

Anmerkung: Die Chi-Quadrat-Verteilung für beide Städte wurde bei einem Signifikanzniveau von 5 % durchgeführt ($\hat{=}$ Konfidenz-zahl 95%).



5. Mundhygienegewohnheiten unserer Patienten

Wie bereits angesprochen, wurden im Rahmen der 2. Fragebogenaktion die Patienten nach ihren Mundhygienegewohnheiten befragt. Die Beantwortung der Fragen erfolgte wiederum anonym.

5.1. Auswertung und Diskussion

Frage: Wie oft am Tage putzen Sie Ihre Zähne?

Die Verteilung des befragten Kollektivs ergibt:

Von N = 139 Patienten putzen

0 x	0,0 %
1 x	14,7 %
2 x	62,2 %
3 x	18,9 %
> 3 x	4,2 %

Tabelle 28

Zum Vergleich seien hier die Werte einer Studie des Frankfurter Informationskreises Mundhygiene und Ernährungsverhalten angeführt (veröffentlicht am 15. Juli 1983 in der Süddeutschen Zeitung):

0 x putzen 15 % der Bevölkerung (Männer, Frauen, Kinder)

1 x putzen 55 % der Bevölkerung

2 x putzen 20 % der Bevölkerung

3 x putzen 6 % der Bevölkerung.

Interessant sind hier auch unsere Werte der nächsten Frage in Tabelle 30, die ebenso wie das Ergebnis dieser Frage stark von den Quoten des Frankfurter Informationskreises abweichen.

Dies zeigt deutlich, daß Umfrageergebnisse bezüglich Mundhygiene, Häufigkeit des Zahnarztbesuches usw. mit Vorsicht zu bewerten sind, weil sich in den Antworten häufig eher das Wissen um die notwendigen Hygienemaßnahmen als das tatsächliche Verhalten niederschlägt.

Frage: Wann putzen Sie Ihre Zähne?

Die Verteilung der verwertbaren Antworten zeigt sich wie folgt:

N = 141 Patienten	n	%	zugeordnete Häufigkeit
Zähneputzen erscheint mir überflüssig	0	0	0 ×
nur vor dem Frühstück	6	4,3	1 ×
nur nach dem Frühstück	6	4,3	1 ×
nur vor dem Zubettgehen	8	5,7	1 ×
vor dem Frühstück u. vor dem Zubettgehen	23	16,3	2 ×
nach dem Frühstück u. vor dem Zubettgehen	27	19,1	2 ×
vor dem Frühstück u. nach den Mahlzeiten	23	16,3	3 ×
nach dem Frühstück u. nach den Mahlzeiten	48	34,0	3 ×

Tabelle 29

Der Vergleich der Antworten auf diese und die vorherige Frage ergibt hinsichtlich der Verteilung der Häufigkeit des Zähneputzens/Tag folgendes Bild:

Häufigkeit des Putzens/Tag	Häufigkeit in %	
	1. Frage	2. Frage
0 x	0	0
1 x	14,7	13,3
2 x	62,2	35,4
3 x	23,1	50,3

Tabelle 30

Der Unterschied bei der Häufigkeit 2 ×/3 × ist zwar zum Teil dadurch erklärbar, daß bei obiger Frage den Antworten „vor bzw. nach dem Frühstück und nach den Mahlzeiten“ die Häufigkeit 3 × zugeteilt wurde, während die gleichen Patienten in der vorherigen Frage nur die Häufigkeit 2 × angekreuzt haben.

Die Vorbehalte hinsichtlich des Wahrheitsgehaltes von Umfrageergebnissen bezüglich Mundhygienegewohnheiten usw. wären jedoch auch hier anzumerken.

In der Bundesrepublik Deutschland wird häufig über das zahngesundheitliche Verhalten der Bevölkerung geklagt. Eine repräsentative Erhebung der American Dental Association aus dem Jahre 1980, durchgeführt bei rd. 1000 Familien (Beteiligung 70 %, farbige Familien wurden wegen zu geringer Rücksendequote der Fragebögen aus der Wertung genommen) und von CHEN und RUBINSON kommentiert, zeigt demnach folgendes Bild:

Die Zähne wurden geputzt:	Ehefrauen (%)	Ehemänner (%)	Kinder (%)
nach dem Aufstehen	20,6	26,4	17,3
nach dem Frühstück	22,7	20,6	26,6
nach dem Mittagessen	8,1	5,6	4,2
nach dem Abendessen	10,8	8,6	8,6
vor dem Schlafengehen	33,4	31,6	36,6

Frage: Wie lange putzen Sie Ihre Zähne?

a) spontane Antwort (ohne Zeitmessung)

b) Antwort nach Zeitmessung durch den Patienten.

Die Verteilung der spontanen Antworten ($N' = 142$ Patienten zeigt sich wie folgt:

$N = 142$ Patienten	n	%
kürzer als 1 Minute	16	11,3
1 bis 2 Minuten	91	64,1
2 bis 5 Minuten	35	24,6

Tabelle 31

Der b-Teil der Frage sollte den befragten Patienten zu deren Kontrolle dienen, inwieweit ihre spontane Antwort mit der tatsächlichen Putzzeit übereinstimmt.

132 der befragten Patienten gaben eine Antwort. Demnach putzen nach Zeitmessung:

$N = 132$ Patienten	n	%
kürzer als 1 Minute	28	21,2
1 bis 2 Minuten	73	55,3
2 bis 5 Minuten	31	23,5

Tabelle 32

Ein Vergleich der spontanen Antworten mit denen des b-Teils der Frage ergibt, daß 25 Patienten kürzer und 14 Patienten länger putzen als in Ihrer spontanen Antwort angenommen wurde.

Frage: Womit putzen Sie Ihre Zähne?

Die Tabelle zeigt, daß der überwiegende Teil des befragten Kollektivs die Handzahnbürste benutzt.

N = 143 Patienten	n	%
Handzahnbürste	115	80,4
elektr. Zahnbürste	15	10,5
sowohl als auch	13	9,1

Tabelle 33

Dieses Ergebnis ist unter Zugrundelegung der bei Vergleichen durch RIETHE, MARTHALER und KLINGER et al. festgestellten Ergebnisse, wonach die elektrische Zahnbürste der herkömmlichen Zahnbürste nicht überlegen ist, als erfreulich zu bezeichnen.

Unter Umständen wird die elektrische Zahnbürste nur aufgrund des psychologischen Effekts, der vom relativ höheren Preis ausgeht, häufiger benutzt.

Frage: In welchen Zeitabständen wechseln Sie Ihre Zahnbürste aus?

Die Frage wurde von 141 Patienten beantwortet. Dabei zeigt sich, daß 96,5% des befragten Kollektivs die Zahnbürste innerhalb eines Jahres gegen eine neue Bürste auswechselt. Wie die Tabelle verdeutlicht, erfolgt bei 67,2% der Patienten der Wechsel bereits in den ersten drei Monaten. 34,0% des befragten Kollektivs wechseln die Zahnbürste nach zwei Monaten und entsprechen damit dem von RIETHE angegebenen Wert für die maximale Lebensdauer einer richtig beanspruchten Zahnbürste, die nach 100 bis 200 Reinigungen untauglich ist.

Die Untauglichkeit ist nach MARTHALER daran zu erkennen, daß sich ihre Borsten am Rande abzubiegen beginnen.

Häufigkeit der Erneuerung der Zahnbürste in Abhängigkeit von der Benutzungsdauer:

N = 141 Patienten	n	%
1 Monat	19	13,4
2 Monate	48	34,0
3 Monate	28	19,8
4 Monate	7	4,9
5 Monate	2	1,4
6 Monate	16	11,3
7 Monate	–	–
8 Monate	1	0,7
9 Monate	–	–
10 Monate	2	1,4
11 Monate	–	–
12 Monate	13	9,2
24 Monate	3	2,1
36 Monate	1	0,7
48 Monate	1	0,7

Tabelle 34

Frage: Benützen Sie Hilfsgeräte
(z.B. Munddusche
oder Zahnseide)?

N = 142 Patienten	n	%
Ja	76	53,5
Nein	66	46,5

Tabelle 35

Frage: Verwenden Sie ein
Mundwasser?

N = 142 Patienten	n	%
Ja	61	43,0
Nein	81	57,0

Tabelle 36

Die hohen Quoten an Patienten, die im Rahmen ihrer Mundhygiene neben der Zahnbürste andere Hilfsmittel wie z. B. Munddusche und Mundwasser benutzen, zeigen wie wichtig es für den Zahnarzt ist, sich über Entwicklungen auf diesen Gebieten der PA-Prophylaxe kritisch zu informieren und weiterzubilden. Es darf nicht unerwähnt bleiben, daß die Wirksamkeit von Wasserstrahlgeräten umstritten ist und die Frage nach *deren tatsächlicher therapeutischer Wirkung* bis heute nicht positiv beantwortet werden konnte.

Auch auf dem Sektor der medizinischen Mundwässer muß kritisch angemerkt werden, daß lediglich der Einsatz des Chlorhexidins einen Weg für eine wirksame, *kausal orientierte* Behandlung darstellt (FESSELER). Leider werden diese Tatsachen dem Patienten seitens der Industrie vorenthalten.

Frage: Nach welchen Gesichtspunkten treffen Sie die Auswahl Ihrer Zahnpasta?

N = 139 Patienten	n	%
Empfehlung des Zahnarztes	52	37,4
Preis	49	35,3
Geschmack	45	32,4
Werbung	26	18,7
Empfehlung Apotheke/Drogerie	16	11,5
Farbe	3	2,1

Tabelle 37

Das Ergebnis zeigt, daß der Zahnarzt (neben Preis und Geschmack) den Patienten hinsichtlich der Wahl seiner Zahnpasta nicht unwesentlich beeinflußt. Eine Tatsache, die in der kommerziellen Werbung bereits Verwendung findet. Um so mehr erwächst hieraus für den Zahnarzt die Verpflichtung, sich auch über den aktuellen Markt dieses Mundhygiene-Hilfsmittels ernsthaft und laufend zu informieren.

Eine Untersuchung, von Infratest Gesundheitsforschung im Auftrag des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte im November/Dezember 1982 durchgeführt, ergab für ein Kollektiv von 2000 Personen ab 14. Lebensjahr, daß der Zahnarzt mit deutlichem Abstand als der besonders geeignete Informant in Fragen der Zahnerhaltung angesehen wird. Erwähnenswert ist hierbei auch, daß in der Frage nach gut geeigneten Informationsquellen über Fragen der Zahnerhaltung das Fernsehen den zweiten Platz einnimmt.

Von den befragten 139 Patienten haben 97 nur ein Auswahlkriterium, 42 Patienten mehrere Auswahlkriterien angekreuzt.

Dabei entschieden sich für:

	n	%
2 Auswahlkriterien	32	76,2
3 Auswahlkriterien	9	21,4
4 Auswahlkriterien	1	2,4

Tabelle 38

Bei den Mehrfachantworten haben die Kombinationen Empfehlung des Zahnarztes/Geschmack und Preis/Geschmack die höchsten Quoten erzielt.

6. Zusammenfassung

Die Auswertung der Studie, die an zwei verschiedenen Universitäts-Zahnkliniken durchgeführt wurde, ergibt zunächst eine Übereinstimmung beider Patientenkollektive hinsichtlich deren Anforderungen an die zahnärztliche Behandlung und der damit verbundenen Erwartungshaltung.

Es zeigt sich, daß neben der Behandlungsqualität vor allem die aufgenommenen Umfeldeindrücke – sowohl im personellen als auch im organisatorischen Bereich – wichtige Kriterien dafür sind, ob ein Patient die begonnene Behandlung fortsetzt oder diese vorzeitig abbricht.

Den Gründen, warum Patienten an Zahnkliniken die Behandlung vorzeitig abbrechen, wurde bislang wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Mit voraussichtlich auch weiterhin hohen Zulassungszahlen zum Studium der Zahnheilkunde und damit auch dementsprechend steigender Zahl an niedergelassenen Zahnärzten dürfte jedoch auch für Zahnkliniken die zwingende Notwendigkeit erwachsen, zur Sicherstellung des für die Ausbildung der Studenten benötigten Patientenaufkommens die Ursachen für Behandlungsabbrüche festzustellen und weitgehendst auszuschließen.

Die Studie zeigt, daß die Patienten erwarten über Behandlungsdauer, Art der Behandlung und Alternativen hierzu rechtzeitig und ausreichend informiert zu werden.

Weiterhin zeigt sich, daß der Zeitfaktor ein wichtiges Kriterium für den Patienten darstellt. Die Tatsache, daß die Behandlung durch Studenten dem Patienten meistens ein großes Opfer an Zeit abverlangt, muß deshalb sowohl den Studenten und dem Ausbildungspersonal als auch dem Patienten immer wieder bewußt gemacht werden. Dies bedeutet:

1. Über die Behandlungssituation einer Zahnklinik sollte jeder Patient **vor** Beginn der Behandlung informiert werden.
2. Der Patient sollte aktiv daran beteiligt werden (z. B. durch Fragebogenaktionen), wenn es gilt, Verbesserungsmöglichkeiten in allen Bereichen des Behandlungsumfeldes herauszuarbeiten, weil
 - er der unmittelbar Betroffene ist und
 - ihm dadurch Zeit erspart wird.

Die Einstellung des Patienten zur Behandlungssituation Zahnklinik – da im Wesentlichen ja stark emotional geprägt durch falsche bzw. ungenügende Information aus dem Bekanntenkreise – kann dadurch günstig beeinflußt werden.

7. Literaturverzeichnis

ADAM, J.: Einführung in die medizinische Statistik.
VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1971.

CHEN, M.-S., RUBINSON, L.: Preventive dental behaviour in families:
a national survey.
J. Am. Dent. 105, 43 (1982).

FESSELER, A.: Die Effektivität der medikamentösen Behandlung bei
Parodontalerkrankungen.
Dtsch. zahnärztl. Z. 38, 829–835 (1983).

HASELOFF, O. W., HOFFMANN, H.-J.: Kleines Lehrbuch der Statistik für
Naturwissenschaft und Technik. Psychologie, Sozialforschung und Wirt-
schaft.
Verlag Walter de Gruyter & Co., Berlin 1970.

KLINGER, H. G., WIEDEMANN, W., BOBINGER, H., HOMBERG, A.:
Vergleichende Untersuchungen über elektrische Zahnbürsten.
Zahnärztliche Mitt. 73, 2738–2751 (1983).

KRESS, G. C., FERRARO, E. und STIFF, R.: Patient's Evaluations of the
Outpatient Services in a School of Dental Medicine.
Journal of Public Health Dental 33 (2), 104 (1973).

MARTHALER, T. M.: Präventivzahnmedizin in ihrer aktuellen Bedeutung.
Schweiz. Mschr. Zahnheilk., 38, 39 (1978).

MESKIN, L. H.: Current and Future Problems in Obtaining Teaching
Patients.
Journal of Dental Education 33 (1), 112 (1969).

NEUSS, O.: Die Anwendung statistischer Verfahren und insbesondere der
Sequenzanalyse bei kurzen Versuchsreihen.
Z. Laryng. 45, 89 (1966).

NYGAARD – ØSTBY, P.: Vorbeugung der Karies und Parodontose in der Praxis.

Zahnärztl. Welt/Ref. 87, 277–282 (1978).

RIETHE, P.: Die Quintessenz der Mundhygiene.

Buch- und Zeitschriftenverlag „Die Quintessenz“, Berlin, 36, 86 (1974).

STACEY, D.C., SLOME, B.A. und MUSGRAVE, D.: Factors affecting Patient Completion of Treatment Within a Student Dental Clinic.

Journal of Dental Education, 42 (11), 609 (1978).

8. Lebenslauf

05. 02. 1943 geboren in Erlangen als Sohn des Technischen Angestellten Johann Krapp und seiner Ehefrau Betty Krapp, geb. Kurz.
- 1949–1953 Besuch der Prinzregenten-Volksschule in Erlangen.
- 1953–1960 Besuch der Ohm-Oberrealschule in Erlangen mit dem Abschluß der Mittleren Reife.
- 1960–
28. 02. 1964 Lehre als Präzisionsfeinmechaniker bei der Fa. Friesseke & Hoepfner, Erlangen-Bruck.
Lehrabschluß mit der Facharbeiterprüfung.
02. 04. 1964–
31. 03. 1977 Dienst in der Bundeswehr. Verwendung in verschiedenen Stabsdiensttätigkeiten an wechselnden Standorten.
- Von Oktober 1975 bis Dezember 1976 Besuch der Bundeswehrfachschule München. Erlangung der Hochschulreife am 17. 12. 1976.
28. 04. 1977 Beginn des Studiums der Zahnheilkunde an der Ludwig-Maximilians-Universität in München.
21. 04. 1978 Naturwissenschaftliche Vorprüfung an der LMU München.
29. 10. 1979 Zahnärztliche Vorprüfung an der LMU München.
02. 08. 1982 Zahnärztliche Prüfung an der LMU München.
01. 09. 1982–
30. 09. 1983 Wissenschaftlicher Assistent in der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität München.
01. 10. 1983–
30. 09. 1984 Assistenzzahnarzt in verschiedenen Praxen in München und Aschheim.
24. 10. 1984 Niederlassung als Zahnarzt in München.

